

La Résection
du
Plexus Hypogastrique supérieur
dans
certaines affections pelviennes douloureuses

Thèse

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 15 Mai 1929
PAR

PAUL CHIPOT

Né le 27 Mai 1904 à Constantine (Algérie)

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du premier âge.....</i>	<i>Président</i>
COSTANTINI, <i>Professeur de Clinique chirurgi- cale</i>	<i>Juges</i>
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique).....</i>	
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie).....</i>	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549015_0049

La Résection
du
Plexus Hypogastrique supérieur
dans
certaines affections pelviennes douloureuses

Thèse

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 15 Mai 1929
PAR

PAUL CHIPOT

Né le 27 Mai 1904 à Constantine (Algérie)

Membres du Jury :

MM. LAFFONT, <i>Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du premier âge</i>	<i>Président</i>
COSTANTINI, <i>Professeur de Clinique chirurgi- cale</i>	<i>Juges</i>
HOUEL, <i>Agrégé (Obstétrique)</i>	
FERRARI, <i>Agrégé (Chirurgie)</i>	

ALGER
IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT.
2, RUE MARIE-LEFEBVRE

1929

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....
DOYEN HONORAIRE.....
ASSESEUR.....

MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
HERAIL (*, I. U).
GILLOT (I. U).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique médicale infantile.....
Clinique des maladies des pays chauds,
des maladies syphilitiques et cutanées.
Clinique chirurgicale.....
Clinique obstétricale et puériculture
du 1^{er} âge.....
Clinique chirurgicale infantile et
d'orthopédie.....
Histologie et Embryologie.....
Anatomie pathologique.....
Chimie biologique et toxicologie.....
Hygiène, hydrologie et climatologie..
Physiologie.....
Pharmacie.....
Chimie minérale et organique.....
Médecine légale.....
Anatomie.....
Microbiologie et parasitologie.....
Physique médicale.....
Anatomie médico-chirurgicale et mé-
decine opératoire..
Potanique et matière médicale.....
Pathologie générale et pathologie
médicale.....

MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
CANGE (*, I. U).
GILLOT (I. U).

RAYNAUD (*, I, A. U).
COSTANTINI (*, A. U, I. U).

LAFFONT (*, I, A. U).

LOMBARD (I, I. U).
WEBER (*, I, I. U).
POUJOL (I. U).
MAILLARD (*, I. U).
CHASSEVANT (O. *, O. U, I. U).
TOURNADE (O. *, I, I. U).
MUSSO (I. U).

N.
GIRAUD (*, A. U, I. U).
LEBLANC (*, I, I. U).
PINOY (*, I. U).
PORTES (*, I, I. U).

CABANES (*, I, I. U).
SENEVET (I, A. U).

AUBRY (*, A. U, I. U).

PROFESSEURS HONORAIRES

TRABUT (O. *, I. U, O. U).
ARGAUD (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).

MM. HERAIL (*, I. U).
SOULIE (*, I. U).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves
sages-femmes.....
Cours de cliniq. d'oto-rhino laryng.

MM. FUSTER (*, I, I. U).
ABOULKER (*, I. U).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....
Médecine.....
Physiologie.....
Anatomie.....
Chimie Médicale.....
Obstétrique.....
Histologie.....
Histoire naturelle pharmaceutique...

MM. DUBOUCHER.
FERRARI (A. U).
POROT (A. U).
LEBON (*, I. U).
HERMANN, I.
RIBET (I).
WUNSCHENDORFF (I. U).
HOUEL (*, I).
COURRIER (I).
FOURMENT.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND-MÈRE

*Son affectueuse sollicitude m'a
toujours été très douce.*

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*Faible témoignage de reconnais-
sance et de grande piété filiale.*

A MON ONCLE, LE COMMANDANT ARNAUD

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON AMI, LE DOCTEUR J. LARRIBÈRE

Chef de clinique obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il m'a guidé et encouragé pendant toutes mes études médicales. Je ne compte plus ses marques de cordiale et fraternelle sympathie.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma très vive reconnaissance.

A MES AMIS ET CAMARADES D'ÉTUDES

COLLIN, MAÏZA, M^{lle} BLOUMENTZWEIG, MANTELET

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAFFONT

Professeur de clinique obstétricale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Après m'avoir accueilli, avec la plus grande bienveillance, comme stagiaire, puis comme externe dans son service, il m'a suggéré le sujet de cette thèse.

Son extrême affabilité, son enseignement plein d'attrait m'ont laissé un souvenir ineffaçable.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI

Professeur de clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOUEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERRARI

*Hommage de profond respect et
de reconnaissance pour le bienveil-
lant intérêt qu'ils m'ont toujours
porté.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEBLANC

Professeur d'anatomie à la Faculté

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR MONTPELLIER

Chef de travaux à la Faculté

A MES MAITRES DES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS

ARDIN-DELTEIL

GILLOT

AUBRY

REYNAUD

MESSIEURS LES DOCTEURS

BOUTIN

FLOGNY

SUDAKA

COLONIEU

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Il existe des affections pelviennes de la femme qui par les phénomènes qu'elles engendrent, transforment la vie de celles qui en sont atteintes en long calvaire.

Tantôt ce sont ces névralgies pelviennes sur lesquelles RICHELOT, en 1892, attirera l'attention ; il mit en évidence le rôle du système nerveux dans leur apparition.

D'autrefois, il s'agit de troubles sensitifs qui se manifestent à l'occasion du flux menstruel et qui constituent le syndrome décrit sous le nom de dysménorrhée.

Ou encore ce sont les effroyables souffrances compliquant en cours d'évolution une maladie incurable : cancer utérin inopérable par exemple.

A ces troubles on commence par opposer une thérapeutique médicale ; d'abord les moyens médicamenteux : analgésiques ou stupéfiants, dont la série est si nombreuse. Mais leur efficacité s'épuise assez vite : il faut augmenter les doses, ils sont mal tolérés ou conduisent les malades à la toxicomanie. Puis on essaie les agents physiques et les cures hydrominérales.

Si cette thérapeutique est inefficace, ou ne peut être pratiquée, c'est au traitement chirurgical qu'il faut s'adresser ; souvent les malades elles-mêmes le réclament.

Mais on sait que la chirurgie gynécologique a des tendances plus conservatrices qu'autrefois.

Au 35^e Congrès de Chirurgie, SIREDEY s'est élevé avec force contre l'opération mutilante qu'est la castration chez une femme encore en période d'ac-

tivité génitale. D'autre part, le chirurgien hésite souvent sur l'opération à pratiquer en l'absence de toute lésion causale apparente ou lorsqu'elle est minime et disproportionnée avec l'intensité de la souffrance.

Il était donc logique de chercher à agir non plus sur l'organe, cause de la douleur (ou supposé tel) mais sur l'élément conducteur de la douleur ; il s'agissait de créer en un point, d'un abord chirurgical facile, une interruption sur le trajet nerveux qui de la périphérie transmet la sensation douloureuse jusqu'aux centres percepteurs encéphaliques.

C'est ainsi que s'est créée, sous l'impulsion de l'école lyonnaise surtout, cette chirurgie du sympathique pelvien, branche importante de la « chirurgie de la douleur ».

Elle avait déjà été inaugurée en 1899 par JABOULAY, qui avait pensé modifier certains syndromes douloureux par l'élongation des plexus sacrés et par la sympathectomie périvasculaire.

Ce n'est que plus tard qu'elle fut reprise et développée par LERICHE, ROCHET, LATARJET, COTTE.

Elle peut être ramenée à deux opérations principales : la sympathectomie périartérielle hypogastrique, pratiquée surtout par LERICHE ; la résection du plexus hypogastrique supérieur (ancien nerf présacré de LATARJET) que l'on peut appeler opération de COTTE (de Lyon), car c'est lui qui s'en est fait l'ardent promoteur. Cette opération semble devoir prendre le pas sur la précédente. En effet, LERICHE, tout en apportant des observations de dysménorrhées et de névralgies pelviennes guéries par la sympathectomie périartérielle, disait, en janvier 1927, à la Société de Chirurgie de Lyon : « Sauf indication spéciale (sclérose périartérielle consécutive à la cellulite pelvienne, douleur des néoplas-

ques) la section du nerf présacré recommandée par COTTE est préférable à la sympathectomie périartérielle. Ces deux interventions ont une action équivalente, mais la section du nerf présacré est d'une technique plus simple. »

L'opération de COTTE a une action antialgique indéniable parce qu'elle repose sur des bases anatomiques et physiologiques assez bien établies.

Peut-être faudra-t-il élargir le cadre de ses indications opératoires? Pour COTTE, certains désordres fonctionnels, certains processus anatomiques pourraient être heureusement modifiés par elle.

Sur les conseils de notre maître M. le Professeur LAFFONT, nous avons recherché les résultats éloignés de plusieurs résections du plexus hypogastrique pratiquées dans son service à l'hôpital de Mustapha et nous avons fait de cette question, mise à l'ordre du jour par de nombreuses publications, le sujet de notre thèse.

M. le Professeur COSTANTINI mit avec bienveillance à notre disposition les observations de la Clinique chirurgicale.

M. le Professeur agrégé FERRARI nous a guidé dans ce travail et nous a très obligeamment communiqué ses observations personnelles. Qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude.

M. le Professeur LEBLANC nous accueillit aimablement au laboratoire d'anatomie.

Topographie Chirurgicale

L'anatomie détaillée du plexus hypogastrique supérieur a été faite par de nombreux anatomistes. HIRSCHFELD fut le premier en date. LATARJET et BONNET en 1913 en donnèrent la première description complète : d'après eux c'est un véritable nerf : le nerf présacré ; ils ne le font dissocier qu'après un parcours de 4 à 6 cm. au-dessous du promontoire. BERGIER, BARTRINA le décrivent de façon identique, mais il font remarquer que la bifurcation se produit au niveau du promontoire. COTTE et DECHAUME font les mêmes restrictions quant à sa terminaison. Le terme de présacré est donc impropre et peut prêter à confusion.

Puis paraît la thèse de SECOND, inspirée par HOVELACQUE. Ces auteurs concluent que le nerf présacré ne se présente que très rarement sous la forme d'un nerf unique ou d'un cordon plat, mais presque toujours sous la forme d'un plexus à mailles laches, occupant tout l'espace qui sépare les deux artères iliaques primitives, au devant de la 5^e lombaire. Ils donnent à cette formation nerveuse le nom de plexus hypogastrique supérieur.

LAUX, dans sa thèse, inspirée par GILIS et basée sur 50 préparations, conclue que le plexus hypogastrique supérieur résulte de la convergence de trois racines. Dans 20 % des cas les deux racines latérales s'accolent plus ou moins prenant un véritable nerf ou un cordon aplati. Dans 80 % des cas elles n'arrivent pas au contact, se rapprochent au maximum dans le voisinage de la division de l'aorte puis s'écartent à mesure qu'elles descendent vers le détroit supérieur. Elles limitent entre elles

un espace parcouru par de petites anastomoses, formant un véritable plexus.

ROUSSEL, FERÉY, LUQUE donnent des descriptions identiques et montrent que dans la plupart des cas on trouve dans le voisinage de la bifurcation aortique, au devant de la veine iliaque gauche sinon un véritable nerf, du moins des cordons nerveux rapprochés et anastomosés qu'il est facile d'isoler et de réséquer.

Nous avons voulu nous rendre compte à notre tour de la morphologie de ce plexus ainsi que de ses rapports et nous avons pratiqué quelques dissections sur le cadavre frais. De ces dissections nous rapportons deux schémas qui montrent les formes extrêmes que peut prendre le plexus. Tous les intermédiaires sont possibles entre ces deux stades.

Le plexus hypogastrique supérieur s'étend depuis la partie inférieure de la 4^e vertèbre lombaire, au niveau de la bifurcation aortique jusqu'au promontoire où il se divise; quelquefois un peu au-dessus en deux branches: les plexus hypog. inférieurs droit et gauche.

Il est toujours situé à gauche de la ligne médiane. Quand il est largement étalé cependant quelques filets débordent vers la droite.

Le plexus tout entier est contenu dans une lame conjonctive dense, parfois fibreuse qui s'étale au-devant de la 5^e vertèbre lombaire.

En avant il est recouvert par le péritoine pariétal, facilement mobilisable parce qu'il repose sur un tissu cellulaire très lâche qui le sépare des éléments nerveux.

En arrière il repose par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire assez dense: en haut sur la bifurcation aortique (sauf toutefois chez le vieillard ou

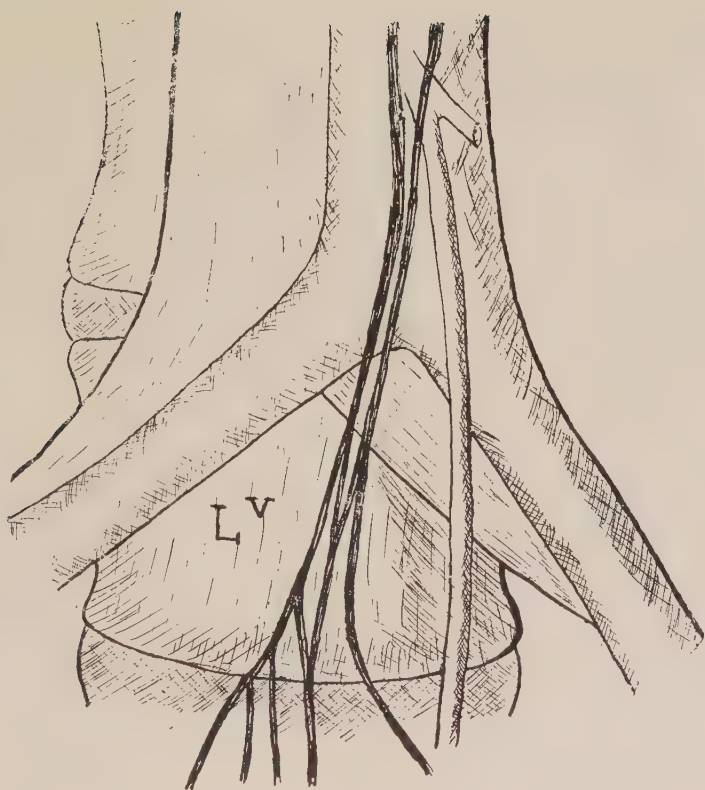


FIG. 1. — Les deux racines latérales du plexus sont accolées formant un cordon aplati. Cette disposition se rencontre dans 20 % des cas.

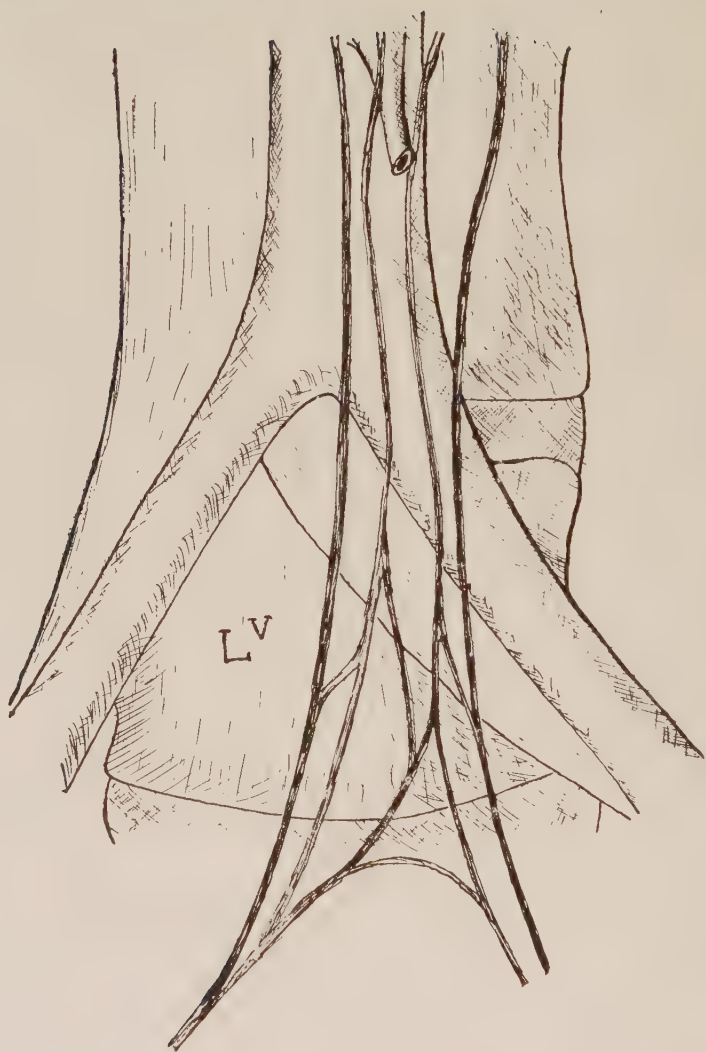


FIG. 2. — Ici, c'est un véritable plexus, dont les filets, anastomosés, sont éparpillés au-devant de la veine iliaque gauche et de la face antérieure de la 5^e vertèbre lombaire. Disposition rencontrée dans 80 % des cas.

par suite de l'asymétrie des iliaques primitives, il chemine au devant de l'artère iliaque primitive gauche); plus bas il est situé au devant de la grosse veine iliaque primitive gauche, puis ensuite il descend en avant de la 5^e vertèbre lombaire: là, il est en rapport avec quelques ganglions lymphatiques. C'est là, immédiatement au-dessous de la veine iliaque primitive gauche que le plexus est le moins étalé, c'est le lieu d'élection de sa recherche et de sa résection.

A droite, les filets du plexus longent les vaisseaux sacrés moyens, parfois les débordent légèrement.

A gauche, il entre en rapport, parfois très intimes, avec les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs, et avec la racine verticale du méso sigmoïde.

En résumé nous pouvons dire que la formation nerveuse que nous venons de décrire ne doit plus s'appeler nerf présacré, mais plexus hygogastrique supérieur ou plexus prélombaire. Il est toujours d'un abord chirurgical facile.

Physiologie normale et pathologique

Nous ne connaissons qu'incomplètement le rôle physiologique du plexus hygogastrique supérieur, car son étude est récente. Elle se base : sur les données anatomiques, sur l'expérimentation et sur les constatations cliniques.

Les données anatomiques nous permettent de supposer par la distribution des branches terminales sur quels organes la section agira, sans pouvoir naturellement préjuger de la nature de cette action.

Les travaux des anatomistes, en dernier lieu ceux de HOVELACQUE et SEGOND, de LAUX nous montre que au niveau du promontoire ou un peu au-dessus, le plexus hypog. supérieur se divise en deux branches qui vont former les plexus droit et gauche. Leurs branches terminales se distribuent : au péritoine pelvien, à la portion pelvienne du rectum, à la partie supérieure de la vessie, à la plus grande partie de l'utérus, à toute la trompe sans atteindre l'ovaire dont les nerfs viennent uniquement du pédicule utéro-ovarien.

L'expérimentation a été réalisée par LERICHE et STRICKER sur le chien, endormi avec de la morphine et du somnifène. Ils ont étudié les modifications de la circulation péryphérique des membres sous l'influence des excitations électriques du plexus.

L'excitation du nerf entier et celle du bout central du nerf sectionné ont eu le même résultat : élévation immédiate de la pression suivie d'une chute au niveau de la carotide et au niveau de l'hypogastrique, les deux courbes étant exactement parallèles. Dans les deux cas on note presque tou-

jours un grognement de douleur et de l'agitation de l'animal.

L'excitation du bout périphérique ne donne aucun résultat apparent. LERICHE et STRICKER pensent que le plexus hypog. sup. conduit certainement chez la femme des excitations centripètes nées dans le petit bassin et dans les viscères pelviens.

Les constatations cliniques : il en est une qui a la valeur d'une expérience sur le vivant : c'est la recherche du réflexe du DOUGLAS.

Normalement, si l'on touche le cul-de-sac de DOUGLAS avec un tampon imbibé d'éther, on provoque chez la malade un spasme de la glotte avec stridor laryngé. Paul WALTHER a constaté que ce réflexe disparaît presque complètement après la neurotomie. Il pense que la recherche systématique de ce signe peut permettre de contrôler la réalité et l'efficacité de la section complète du nerf.

Mais la constatation clinique qui met le plus en lumière le rôle primordial joué par le plexus hypogastrique supérieur dans la sensibilité des organes du petit bassin, c'est la disparition immédiate et durable, après la neurectomie, de certaines douleurs pelviennes. Dans les cancers inopérables, surtout, il est aisé de comparer l'étendue du territoire analgésié à la suite de l'opération de COTTE, à celle du territoire intéressé par le néoplasme. L'étude des observations publiées par FEREY, BERNARD, THEODORESCO, permet de déduire que l'analgésie s'étend à tous les organes innervés par le plexus. On peut donc dire que le plexus hypogastrique supérieur est la voie principale de la sensibilité : du péritoine pelvien, de l'utérus et des trompes, d'une partie de la vessie et du rectum.

Ne possède-t-il que ce rôle sensitif ? Ni l'expérimentation, ni les suites opératoires ne permettent pour le moment de lui assigner un rôle moteur. Quelques rétentions d'urines ont été signalées, mais, comme nous le verrons plus loin, elles furent passagères. Il semble d'ailleurs que la section d'un nerf sympathique ne peut produire aucun trouble si elle respecte le système nerveux intrinsèque viscéral.

Quelques faits permettent de soupçonner la présence de fibres vaso-motrices dans le plexus hypog. supérieur : nous avons cité plus haut les expériences de LERICHE et STRICKER qui pensent que chez la femme le nerf présacré sert à la régulation vaso-motrice des viscères pelviens. On a constaté aussi après la neurectomie une vaso-dilatation locale qui se traduit histologiquement par une hyperleucocytose (polynucléaires surtout), et cliniquement par l'apparition, le lendemain ou le surlendemain de l'opération, d'une métrorragie (Obs. I, III, IV, V, VIII).

Ce fait s'observe d'ailleurs presque à coup sûr lorsqu'au cours d'une laparotomie, on agit directement sur les nerfs qui vont à l'utérus. Il ne s'agit pas là de règles, comme l'on dit certains auteurs, mais d'une hémorragie utérine ayant pour cause le traumatisme nerveux.

Quant au rôle trophique du plexus, il est difficile à apprécier. Cependant, on peut dire que jamais l'on a observé de troubles trophiques ni du côté de l'utérus (modifications de volume, ulcération du col), ni du côté de la vessie. RICHER a examiné la vessie d'un certain nombre d'opérées et n'a jamais vu aucune lésion sur la muqueuse.

Cette étude de la physiologie normale nous montre que le plexus hypog. sup. est une voie sensitive

importante du petit bassin. Certes, ce n'est pas la seule, car il faut tenir compte, d'une part, des nerfs utéro-ovariens et, d'autre part, des anastomoses qu'échangent les plexus hypog. inférieurs avec le plexus sacré, les filets périartériels et le plexus hémorroïdal. Mais ces filets nerveux sont d'une dimension bien moindre que le plexus hypogastrique supérieur et certainement c'est celui-ci qui conduit la plus grande partie de la sensibilité du petit bassin. Nous pouvons penser dès lors que les algies dont la cause se trouve au niveau du territoire de distribution du plexus, seront favorablement influencées par la section.

Mais le rôle du plexus hypog. supérieur dans les affections douloureuses pelviennes n'est-il toujours qu'un rôle de transmission des sensations douloureuses. Dans certains cas, des altérations anatomiques du plexus lui-même ne pourraient-elles pas contribuer à augmenter l'acuité de la douleur et même parfois en être l'unique cause ?

Le fait a déjà été constaté au niveau de l'ovaire par DUPONT et LHERMITTE, qui ont décrit dans l'ovaire scléro-kystique des lésions des filets sympathiques ovariens.

Il est des cas où la lésion du plexus est évidente : il y a de la cellulite, une infiltration néoplasique, de l'athérome aortique (Obs. XIII) comprimant les filets nerveux ; dans ces cas, la résection seule aura raison des douleurs, parce que la lésion siège sur le plexus. L'observation XIII, publiée déjà par FEREY est d'un grand intérêt à ce point de vue. En effet, de toute évidence, la lésion siégeait bien sur le plexus et cependant les signes fonctionnels accusés par la malade portaient sur les organes pelviens : cystalgies, douleurs rectales. La résection les fit disparaître instantanément.

Lorsqu'il y a des lésions des organes du petit bassin : ovarite scléro-kystique, salpingite, cancer utérin, ces lésions sont certainement l'origine des douleurs, mais elles n'en sont peut-être pas la seule.

Il est d'observation courante de voir des malades ayant subi l'ablation des trompes et des ovaires, parfois une hystérectomie, continuer à souffrir. Cette persistance des algies peut s'expliquer par des lésions du sympathique pelvien, c'est l'opinion de notre Maître, M. le Professeur agrégé FERRARI. C'est ainsi que chez les malades des observations VIII et IX, il a complété l'hystérectomie par l'opération de COTTE, parce qu'il avait l'impression que l'utérus n'était pas la seule cause des algies.

Enfin, quand il n'y a pas de lésions appréciables des organes pelviens, on explique les douleurs par une hyperexcitabilité pathologique des filets sympathiques ; tel est le cas de certaines névralgies pelviennes ou lombaires, de la dysménorrhée dite essentielle.

Avec M. le Professeur agrégé FERRARI, nous pensons que, dans bien des cas, cette hyperexcitabilité est sous la dépendance des lésions névritiques du plexus hypogastrique supérieur.

Il appartient donc à l'anatomie pathologique de vérifier cette hypothèse. Déjà, dans les névralgies des cancers utérins inopérables, JIANO et BRATIANO ont trouvé au niveau des plexus réséqués des lésions constantes de névrite.

Tout récemment, M. FERRARI a pratiqué l'opération de COTTE chez une jeune femme atteinte depuis sa puberté, de dysménorrhée intense, et dont les organes génitaux étaient absolument normaux.

M. le docteur MONTPELLIER a bien voulu pratiquer l'examen anatomo-pathologique du plexus de cette malade : certaines cellules ganglionnaires sont

manifestement lésées, leur noyau est en pleine lyse, les contours cellulaires imprécis, le protoplasma mal colorable.

On note, d'autre part, que quelques-uns de ces capillaires du plexus sont bourrés de polynucléaires. Le fragment remis, ne permet pas d'autres constatations, mais celles-ci nous paraissent suffisantes pour que l'on puisse affirmer qu'il existe au niveau du plexus un processus inflammatoire d'ailleurs léger avec lésions (peut-être électives) de quelques éléments nerveux ganglionnaires.

Il y a un grand intérêt à poursuivre les recherches dans cette voie, il faut faire examiner systématiquement tout plexus réséqué. On arrivera ainsi peut-être à préciser quelles sont, parmi les algies pelviennes, celles qui sont dues, en partie ou entièrement à des lésions du plexus hypogastrique supérieur. Dans ces cas, l'indication de l'opération de COTTE deviendra formelle.

Indications opératoires

Les plus fréquents des syndromes douloureux pelviens sont ceux qui se manifestent au niveau de l'appareil génital de la femme.

Parmi eux la dysménorrhée est celui qui s'observe le plus souvent. Quand elle revêt un caractère grave par l'intensité et par la répétition des phénomènes douloureux qu'elle provoque, par l'échec du traitement médical, elle justifie une intervention chirurgicale.

Si elle est sous la dépendance d'une lésion importante de l'appareil génital, sténose congénitale ou acquise de l'isthme ou du col, antéflexion, rétroversion adhérente, endométriose, une intervention portant sur la partie lésée suffira généralement à amener la guérison.

Mais dans beaucoup d'autres cas, le peu d'importance des lésions observées ou l'absence de lésions (dysménorrhées fonctionnelles), font penser que le système nerveux végétatif joue un rôle prépondérant dans la production du syndrome douloureux.

C'est donc une indication à agir sur le sympathique pelvien et c'est une des principales indications de l'opération de COTTE. C'est là aussi qu'elle lui a donné les plus beaux succès.

Un symptôme intéressant noté par COTTE c'est, lorsqu'il s'agit d'une dysménorrhée liée à une hyperexcitabilité du plexus hypogastrique, la présence fréquente d'une cystalgie se traduisant par une sensation de brûlure à la fin de la miction, par de la pollakiurie et pouvant en imposer pour une cystite. On rencontre aussi dans ce type de dysménorrhée des troubles vaso-moteurs, leucor-

rhée, démangeaisons, du vaginisme dyspareunique, des troubles du sens génital (hyperexcitation ou frigidité).

Un facteur important, non seulement de dysménorrhée, mais encore de douleurs pelviennes abdominales ou lombaires, c'est l'ovarite scléro-kystique. La plupart de nos observations ont trait à des dysménorrhées liées à cette affection. L'opération de COTTE est indiquée contre les troubles dysménorrhéiques, mais elle peut parfois ne pas amener la disparition totale des douleurs, l'ovulation restant un peu douloureuse. Dans la majorité des cas cependant le résultat est satisfaisant et permet d'éviter la castration, opération mutilante, souvent impuissante à faire cesser les troubles sensitifs (obs. IX). Cette persistance des douleurs après l'ablation des annexes pourrait s'expliquer, d'après M. le Professeur agrégé FERRARI, par le fait que l'ovarite scléro-kystique, qu'elle soit primitive (jeunes filles) ou secondaire (infection gonococcique), s'accompagne peut-être de lésions des filets du plexus hypog. supérieur. S'il en est ainsi, la castration est inutile, au contraire l'opération de COTTE est bienfaisante puisque tout en améliorant les troubles sensitifs, elle laisse persister les chances de grossesse.

Les névralgies pelviennes sont une des principales indications de la résection du plexus hypog. supérieur. COTTE dit que dans tous les cas la résection doit constituer l'acte essentiel de l'intervention et que les opérations sur l'appareil génital ne représentent qu'un temps accessoire. L'avantage de la résection, c'est que, opération abdominale, elle permet de faire l'inventaire complet des lésions du petit bassin.

L'opération de COTTE est-elle indiquée lorsque

les névralgies sont plutôt lombaires que pelviennes ? On sait que les douleurs lombaires ont le plus souvent une origine utéro-annexielle. CORTE pense que, dans ces cas, ce n'est pas le plexus hypogastrique qui est touché mais les nerfs utéro-ovariens ; il est plus logique alors de pratiquer la résection de ces nerfs au niveau du hile de l'ovaire.

Les métrites très douloureuses constituent une indication opératoire de premier ordre, surtout quand elles s'accompagnent de dyspareunie (Obs. II, V.). La résection agit en supprimant la sensibilité douloureuse du col et du corps utérin, elle permet au malade de suivre plus régulièrement le traitement médical, car les soins, qui étaient parfois impossibles avant l'opération, ne provoquent plus de douleurs.

La résection a-t-elle une action bienfaisante sur les lésions infectieuses de la métrite, par l'hyperleucocytose locale qu'elle provoque ? Il est difficile de l'affirmer ; cependant plusieurs de nos observations signalent une amélioration notable à ce point de vue. Quoiqu'il en soit, il faut toujours continuer à traiter les pertes, pour tâcher d'éviter des complications (salpingite) qui nécessiteraient une deuxième laparotomie.

La résection du plexus hypog. supérieur est encore indiquée : dans les cas d'hyperexcitabilité génitale où elle a donné à CORTE une très belle guérison — dans le prurit vulvaire.

Elle est indiquée dans les cystalgies rebelles qui « constituent un des sommets de la souffrance humaine » (FORGUE). VIANNEY, au XXVII^e Congrès d'Urologie, dit qu'elle doit être préférable à toutes les autres interventions sur le système nerveux pelvien, car elle a pour elle sa simplicité et sa bénignité. En effet, elle n'apporte aucun trouble au

fonctionnement normal de la vessie, elle est donc bien supérieure à la résection du ganglion hypogastrique inférieur, pratiquée par ROCHET, qui guérit les douleurs mais condamne les malades à la sonde à demeure.

Dans les névralgies consécutives aux cancers pelviens inopérables, surtout les cancers du col de l'utérus ayant envahi la vessie, la partie haute du rectum, et surtout la base des paramètres, l'opération de COTTE est bienfaisante et on doit en faire bénéficier des malades aussi cruellement malheureux.

Technique opératoire

CORTE l'a décrite complètement avec DECHAUME dans le *Journal de Chirurgie* (juin 1925). Plus récemment il l'a précisée dans la pratique chirurgicale illustrée de PAUCHET.

La malade endormie à l'anesthésie générale, est placée en position très inclinée. CORTE emploie de préférence pour l'incision de la paroi, l'incision de Pfannestiel : incision cutanée basse dans les poils du pubis, puis incision de l'aponévrose à 4 ou 5 cm. au-dessus du pubis. Enfin, il ne faut pas craindre de pousser l'incision des muscles obliques et transverses assez loin sur les côtés et de décoller l'aponévrose antérieure sur la ligne médiane presque jusqu'au niveau de l'ombilic.

Cette incision présente des avantages : paroi abdominale solide, cicatrice à peine visible. Elle peut être une source d'inconvénients si la paroi abdominale est très épaisse, si le promontoire est peu saillant, aussi vaut-il mieux quand il ne s'agit pas d'une jeune fille ou quand des raisons d'esthétique ne s'y opposent pas, pratiquer l'incision médiane sous-ombilicale.

Après avoir incisé le péritoine, on refoule à l'aide de grandes compresses abdominales, les anses grêles de manière à dégager la région terminoaortique. L'anse sigmoïde étant repoussée vers la fosse iliaque gauche, on incise le péritoine pariétal postérieur soit transversalement, soit longitudinalement, ce qui est préférable, car on ne risque pas de blesser les vaisseaux mésentériques. L'incision, de 6 à 8 cm. de long, s'étend du promontoire jusqu'au dessus de la bifurcation de l'aorte. Chaque

lèvre de l'incision est saisie et écartée par une pince. Le péritoine à ce niveau est uni très lâchement au tissu cellulaire sous-jacent.

Lorsque le mésosigmoïde est inséré sur la ligne médiane, il suffit d'inciser un peu à droite de l'insertion, qu'on décolle ensuite très facilement. Cependant COTTE dit qu'une fois sur 90 interventions il ne put faire la section complète du plexus à cause de cette insertion médiane.

On a alors sous les yeux la région où doit se faire la résection : la face antérieure de la 5^e lombaire encadrée en haut par la bifurcation aortique, et en bas la saillie du promontoire, ces deux repères étant parfaitement visibles et palpables.

Un peu au-dessous de l'artère iliaque primitive gauche chemine la grosse veine iliaque gauche. C'est au-devant d'elle et au-dessous dans le tissu cellulaire qui la recouvre, qu'il faut chercher les filets nerveux. Quelquefois, en particulier quand la malade est maigre, ils apparaissent très nettement, blancs nacrés. Si au contraire, la femme est grasse, le tissu cellulaire abondant, il faut, à l'aide d'une compresse, nettoyer la région en allant dans le sens des filets nerveux, de la bifurcation aortique vers le promontoire. Lorsque l'on a affaire à un cordon nerveux unique ou à un plexus à mailles serrées, il n'y a pas besoin de l'isoler complètement, il suffit de soulever la lame fibreuse, dans laquelle les filets nerveux sont englobés, à l'aide d'une sonde cannelée : on voit se tendre au niveau du promontoire les 2 plexus hypog. inférieurs droit et gauche. On résèque cette lame fibreuse, avasculaire, sur une longueur de 1 cm. suffisante pour éviter toute régénération. Quand on a affaire à un plexus à mailles lâches, il faut rechercher et isoler les filets nerveux au-devant de la 5^e lombaire, véri-

fier s'il n'y en a pas d'accolés à la lèvre gauche de l'incision péritonéable, et les réséquer les uns après les autres. Il faut éviter au cours de l'opération de blesser la veine iliaque gauche primitive, pour cela ne se servir que d'instruments mousses pour la recherche des filets nerveux. La suture du péritoine pariétal se fait ensuite à l'aide d'un surjet de catgut fin.

Nous avons vu M. le Professeur agrégé FERRARI pratiquer plusieurs fois l'opération de COTTE, et nous avons pu nous rendre compte de sa grande simplicité.

Suites opératoires immédiates

Les suites opératoires sont simples : la plupart des incidents signalés sont en général ceux qu'on peut observer après toute laparotomie.

Nous avons déjà signalé un fait spécial : l'apparition, le surlendemain de l'opération d'une métrorragie de sang rouge peu abondante, absolument indolore, d'une durée de 2 à 3 jours, et qui se produit quelle qu'ait été la date des dernières règles.

Du côté de la vessie : COTTE cite quelques cas de rétention d'urine, ne dépassant pas 48 heures. BROCC signale une rétention d'urine de sept jours, suivie d'une période d'incontinence de même durée ; puis les mictions redevinrent normales.

Une seule de nos malades (Obs. II) dut être sondée pendant 3 jours. Cette femme présente, depuis l'opération, du ténesme vésical, mais le fait peut être dû à la ligamentopexie ; cela se voit quelquefois après cette opération.

Toutes les autres opérées ont uriné spontanément, sans effort et sans douleur le soir ou le lendemain de l'intervention.

Du côté de l'intestin : jamais on a signalé de contracture ou de relâchement du sphincter anal. BERNARD a observé trois fois une diarrhée abondante apparaissant le soir de l'opération et durant quelques jours. Nous n'avons pas observé ce fait. Plusieurs des opérées ont été tourmentées par des gaz, comme cela s'observe fréquemment après toute laparotomie. Une sonde rectale à demeure pendant 12 ou 24 heures a suffi à les soulager. Aucune n'a présenté de troubles de la défécation ; la

plupart ont eu des selles spontanées quelques jours après l'intervention.

Quant aux phénomènes douloureux que présentaient les malades, ils sont améliorés, rapidement, parfois même dès le lendemain de l'opération (Obs. IV et V). Le fait est surtout frappant dans les néoplasmes inopérables. BERNARD, FERÉY disent que chez les opérées qui avaient de la morphine, elle fut supprimée dès le soir de l'opération et aucune n'en réclama. Il en fut de même pour la malade de l'observation XI.

Suites éloignées

L'opération de COTTE n'entraîne pas à longue échéance des troubles fonctionnels.

La menstruation n'est pas modifiée. Au contraire elle est quelquefois régularisée, mais le fait n'est pas constant (Obs.I, VIII). En effet, le rythme menstruel n'est influencé que par l'ovaire et la résection du plexus hypog. n'a pas d'action directe sur le fonctionnement ovarien.

La copulation n'est pas compromise.

La fécondation reste possible. COTTE connaît actuellement six malades chez lesquelles il y eut des grossesses consécutives et qui ont accouché sans incident. La malade de l'observation VII, chez laquelle M. le Professeur COSTANTINI a pratiqué, non seulement l'opération de COTTE, mais encore une double sympathectomie iliaque primitive et la résection des pédicules nerveux utéro-ovariens, est devenue enceinte quelques mois après l'intervention. Elle a accouché à terme normalement. Le travail a été un peu long, mais il faut dire que l'enfant pesait 4 k. 400.

La miction normale n'est pas modifiée : il y a disparition des troubles cystalgiques (Obs. XI).

Jamais on a signalé de troubles de la défécation. COTTE a noté que parfois il y avait disparition de la constipation opiniâtre et des crises d'entérocolite. Mais dans ce domaine, dit-il, il ne faut rien promettre.

Quant aux résultats obtenus, ils sont excellents et durables dans la dysménorrhée et les névralgies pelviennes. Depuis 4 ans, COTTE a pratiqué 40 interventions sur le sympathique pelvien pour dys-

ménorrhée ; il ne connaît pas actuellement une seule malade chez laquelle les douleurs aient récidivé.

Nous apportons dans nos observations des guérisons de 3 ans (Obs. VIII), 2 ans (Obs. VII), 15 mois (Obs. I).

Dans les cancers pelviens généralisés, on obtient souvent une cessation immédiate des algies dans le domaine du plexus hypogastrique et même quelquefois dans le domaine du plexus sacré. Quelquefois les malades sont seulement améliorées, car dans le cancer généralisé les causes de douleurs sont multiples et peuvent dépasser les possibilités qu'on est en droit de demander à la résection du sympathique pelvien.

OBSERVATIONS

—:0:—

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur LAFFONT)

Madame C..., 38 ans, entre salle Dubois le 3 octobre 1927 pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents : réglée à 16 ans, mariée à 17 ans, a eu 8 enfants, 3 seulement sont vivants. Un avortement spontané il y a 2 ans.

Les phénomènes douloureux ont apparu il y a 4 mois environ et consistent en crises abdominales assez violentes dans les jours qui précèdent les règles. La douleur prédomine du côté droit, ne s'accompagne pas de fièvre, ni de nausées ; elle reste localisée au niveau de la région hypogastrique, sans irradiations dans les membres inférieurs ou dans les lombes. L'apparition de l'écoulement menstruel marque la fin de la crise. La durée des règles est normale, mais depuis plusieurs années elles surviennent tous les 20 jours. Pas de métrorragie intermenstruelle.

A l'examen, abdomen souple, pas de douleur au point de Mac Burney. Au toucher : utérus en position normale, ovaire droit augmenté de volume et douloureux à la pression.

Laparotomie le 12 octobre 1927. L'utérus est globuleux, régulier, ne présentant aucun noyau fibromateux. Les trompes sont saines, l'ovaire droit est scléro kystique. L'appendice est légèrement vascularisé et rétréci : appendicectomie par le procédé classique, puis résection du nerf présacré. Fermeture de la paroi en trois plans.

L'examen histologique de l'appendice ne montre pas de lésions inflammatoires. Suites normales : miction spontanée le soir de l'opération. Le lendemain sans aucune douleur, métrorragie de sang rouge qui dure 2 jours. Sort le 30 octobre.

Revue en février 1929, soit 15 mois après l'opération, la malade n'a présenté depuis l'opération aucun phénomène douloureux dans le bas ventre : le rythme d'apparition des règles n'a pas été modifié.

OBSERVATION II

(Personnelle, recueillie

dans le service de M. le Professeur LAFFONT)

Mme S..., 20 ans, entre le 19 mars 1928, salle Dubois, pour dysménorrhée, rétroversion utérine et ovarite scléro-kystique.

Réglée à 16 ans, elle se marie à 18 ans et présente peu après des pertes blanches avec douleurs dans le bas-ventre. Elle est examinée par un médecin, qui trouve une rétroversion utérine.

Les règles qui, jusque-là, avait été normales, deviennent irrégulières et douloureuses. Les premiers jours sont particulièrement pénibles, la malade ressent des douleurs intenses dans le bas-ventre, avec des tiraillements, des vertiges, qui l'obligent à rester couchée. Ces phénomènes diminuent d'intensité vers le quatrième jour des règles qui se prolongent pendant dix à quinze jours.

Dans l'intervalle des règles, les douleurs sont peu marquées si la malade ne se fatigue pas ; les pertes blanches continuent malgré le traitement médical.

En novembre 1926, la malade devient enceinte et après avoir présenté quelques métrorragies dans les premiers mois et un hydramnios aigu au cinquième mois de la grossesse, elle accouche à terme, normalement.

Elle présente quelques jours de fièvre dans les suites de couches, nécessitant une poche de glace sur l'abdomen, puis tout rentre dans l'ordre.

Pendant sept mois, elle nourrit son enfant et reste aménorrhéique. Elle souffre par instant du bas ventre, surtout à droite. Les rapports sexuels sont particulièrement pénibles, la malade ressentant d'atroces douleurs. Il y a quelques troubles de la défécation. Les pertes blanches continuent, peu abondantes, malgré un traitement très régulier. Elle signale aussi une constipation opiniâtre.

En février 1928, elle est examinée à la consultation et l'on trouve au toucher un utérus gros métritique douloureux, en rétroversion, mais très mobile. A droite, gros ovaire kystique; au spéculum: métrite cervicale avec ulcérations, pas de gonocoque dans les pertes.

En mars 1928, comme les douleurs sont toujours intenses et en raison des signes fonctionnels portant sur tous les organes du petit bassin, une intervention est décidée.

Laparotomie le 21 mars, sous anesthésie générale (Dr Ferrari) : on trouve un utérus complètement rétroversé, des ligaments larges très relâchés.

On pratique immédiatement la résection du nerf présacré qui se présente dans sa position habituelle, au devant de la veine iliaque gauche, il est de petite taille. On vérifie s'il n'existe à ce niveau aucun autre filet nerveux. On pratique ensuite une ligamentopexie suivant le procédé de GOSSET. On ne touche pas aux ovaires, malgré qu'ils soient scléro-kystiques, en raison de l'âge de la malade.

A la 48^e heure après l'opération, apparaît une métrorragie de sang rouge qui dure deux jours, sans aucune douleur.

Quelques gaz gênent la malade, nécessitant la mise en place, pendant douze heures d'une sonde rectale.

Pendant trois jours, rétention d'urine, la malade doit être sondée ; ensuite, elle urine spontanément, mais difficilement, elle a une sensation de ténésme, de corps étranger vésical. Les urines sont troubles.

La constipation est aussi opiniâtre qu'avant l'opération et ne cède qu'à des lavements quotidiens. La malade sort de l'hôpital le 29 mars, ne souffrant plus du tout du bas ventre.

Les règles n'ont réapparues que trois mois après l'opération ; elles surviennent absolument sans douleurs, et durent cinq jours.

Les pertes blanches sont minimales. Les phénomènes de cystite persistent toujours, et les urines sont toujours troubles.

Revue en janvier 1929, c'est-à-dire neuf mois après l'opération, la malade nous dit avoir présenté à plusieurs reprises des crises de pyélonéphrite dont une très intense ; ses urines sont toujours troubles.

Du côté de l'appareil génital, tout est parfait : les rapports sexuels ne sont plus du tout douloureux, les règles sont régulièrement espacées et absolument indolores, les pertes blanches ont totalement disparu.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur LAFFONT)

P..., Gabrielle, 22 ans, mariée à 17 ans, a eu cinq grossesses, deux se sont terminées par des avortements, les trois autres par des accouchements normaux.

Après le premier avortement (provoqué), quelques pertes jaunâtres tachant le linge, ayant bien guéri après le traitement médical.

Depuis le dernier accouchement, elle souffre du bas ventre. Dans l'intervalle des règles, ce sont des douleurs peu intenses, sans irradiations, s'accompagnant de quelques pertes indolores.

Au moment des règles, un peu avant l'apparition de l'écoulement sanguin, les douleurs dans le bas ventre augmentent d'intensité, elles irradient vers les lombes. Pendant toute la durée de l'écoulement sanguin, elles persistent, s'accompagnent de signes généraux, vomissements, vertiges. Les règles apparaissent toujours avant la date présumée, et leur durée atteint souvent huit à dix jours. Parfois, dans l'intervalle des règles, il y a de petites métrorragies.

Examinée au mois de mars 1928, on trouve un utérus en rétroversion, mobile, un ovaire droit augmenté de volume. Il existe un léger degré de cysto rectocèle.

Le 28 mars, la malade est opérée par le docteur FERRARI.

Incision médiane sous-ombilicale. Organes génitaux aplasiques, ligaments larges, très flasques, ovaires scléro-kystiques, surtout le droit. Recherche du nerf présacré que l'on trouve au point classique représenté par un petit plexus de fibres grêles que l'on resèque. On termine par une ligamentopexie suivant le procédé de GOSSET.

Les suites opératoires sont normales : aucun trouble urinaire ; à la 48^e heure, apparition d'une métrorragie de sang rouge qui dure cinq jours ; la malade ne ressent plus aucune douleur dans le bas ventre, ni dans les lombes ; au cinquième jour, selle spontanée ; sort le 13 avril.

Revue en décembre 1928, soit neuf mois après l'opération, elle nous dit que l'écoulement incolore a cessé complètement et qu'elle est restée cinq mois sans être réglée, car elle nourrit son bébé âgé de cinq mois ; puis, les mois suivants, les règles sont apparues, régulièrement espacées, d'une durée de sept jours, ne s'accompagnant d'aucun phé-

nomènes douloureux, ni des troubles que la malade présentait auparavant.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur LAFFONT)

P..., Rose, 33 ans, entre salle Dubois, le 12 novembre 1928, pour douleurs dans le bas ventre et règles douloureuses.

Antécédents : Opérée, à 16 ans, d'appendicite ; réglée à 15 ans, présente, depuis sa puberté, des règles douloureuses et des pertes blanches. Un accouchement normal, un avortement spontané.

Il y a six ans, apparaissent des crises abdominales violentes, prédominant au niveau de la fosse iliaque droite avec des irradiations lombaires. D'abord espacées, ces douleurs deviennent continues s'exagérant le jour qui précède l'écoulement menstruel et pendant la durée des règles. Il y a trois ans, les douleurs sont devenues bi-latérales et s'accompagnent parfois d'un peu de fièvre : 38°, 38°3.

En mars 1928, les douleurs prédominent à gauche ; les irradiations lombaires sont extrêmement pénibles, ainsi que les irradiations vers les membres inférieurs ; la malade reste au repos complet au lit et se soigne régulièrement. Les règles deviennent irrégulières, les pertes sont toujours abondantes.

A l'entrée : la palpation de l'abdomen révèle de la douleur, avec défense musculaire au niveau de la région hypogastrique, à gauche surtout, le toucher est douloureux, il montre un utérus en position normale, un peu sensible. Les ovaires sont augmentés de volume, le gauche très douloureux.

Laparotomie le 14 novembre (D^r FERRARI) ; ovarite sclérokystique particulièrement accusée à droite où l'ovaire a le volume d'une grosse noix. L'utérus est en position normale, les trompes sont saines, on décide de faire la résection du plexus hypogastrique supérieur qui se présente en avant de la veine iliaque primitive gauche sous forme de 4 à 5 filets grêles que l'on résèque. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires normales : miction spontanée le soir

de l'intervention. Le 16 novembre, la malade qui avait eu ses dernières règles le 5 novembre présente une écoulement de sang rouge qui dure deux jours.

La malade a été revue fin mars 1929, les douleurs si violentes qu'elle présentait et en particulier les irradiations lombaires se sont atténuées dès les premiers jours. Au moment des règles de décembre, janvier et février, n'a ressenti qu'un peu de pesanteur dans le bas ventre, mais n'a pas été obligée de s'aliter. Elle a négligé de traiter ses pertes qui sont devenues plus abondantes et en mars elle dit qu'elle souffre à nouveau. Cependant la palpation même profonde ne révèle aucune défense musculaire, l'ovaire gauche est à peine sensible à la pression.

OBSERVATION V

*(Personnelle, recueillie dans le service de M. le Professeur
LAFFONT)*

D... Juana, 27 ans, entre le 11 décembre 1928, salle Dubois pour douleurs abdominales, lombaires et pertes blanches.

Antécédents: réglée à 17 ans, un avortement provoqué, deux accouchements normaux. Peu après son dernier accouchement, il y a un an et demi, elle présente des pertes jaunâtres, qui quelques mois après augmentent d'intensité et s'accompagnent alors de douleurs dans le bas ventre. Il y a un an, ces douleurs ont une irradiation lombaire extrêmement pénible, irradiation surtout marquée au moment des règles qui, chez cette malade, avaient toujours été régulières et indolores. Le syndrome dysménorrhéique est caractérisé d'abord par du retard dans l'apparition de l'écoulement menstruel, puis par des douleurs atroces qui surviennent dans les jours qui précèdent le flux menstruel. Ces douleurs siègent, dans le bas ventre, et surtout au niveau des lombes; elles sont extrêmement violentes, et aucune position n'est favorable à la malade, qui compare sa souffrance à celle d'un accouchement long et pénible. Il y a des phénomènes généraux: vertiges, céphalées, vomissements. L'apparition de l'écoulement sanguin amène une sédation de tous ces phénomènes. A aucun moment il n'y a eu de troubles urinaires.

Un traitement médical, suivi à la consultation, n'amène aucune amélioration.

Au mois de novembre 1928, les douleurs lombaires s'installent d'une façon constante, nécessitant une médication analgésique quotidienne, d'ailleurs peu efficace. La malade présente au moment des rapports sexuels d'atroces douleurs dans le bas ventre. L'amaigrissement est considérable, tout travail lui devient impossible, et c'est une véritable infirme qui entre dans le service.

A l'examen, la palpation de l'abdomen ne dénote aucune douleur; le toucher, douloureux montre un col granuleux, irrégulier, un corps en position normale; à droite annexe hypertrophiée kystique douloureuse.

Au spéculum: pertes glaireuses, sanguinolentes, large ectropion muqueux, légères érosions cervicales.

Le 19 décembre: laparatomie médiane sous-ombilicale (D^r FERRARI). On tombe sur un utérus très mobile de volume normal, la trompe gauche légèrement congestionnée au niveau de ses franges et présentant un petit kyste de la grosseur d'un pois que l'on enlève; à droite, l'ovaire augmente de volume (petite mandarine) est franchement kystique; on pratique l'ablation de la trompe et de l'ovaire droit et on termine l'opération par la résection du nerf présacré et de l'appendice qui était réuni au ligament tubo ovarien par une bride péritonéale. Fermeture en 3 plans sans drainage.

Dès le lendemain de l'opération, les douleurs lombaires ont complètement disparu. La malade, qui n'était pas réglée depuis un mois et demi, présente pendant trois jours des métrorragies de sang rouge, peu abondantes, sans douleur aucune.

Une sonde rectale à demeure pendant 24 heures évacue des gaz qui gênaient la malade; aucun trouble urinaire, miction spontanée dès le lendemain de l'opération; selle spontanée et normale au 5^e jour.

Le 27 décembre (au 8^e jour), la malade s'agite et fait des efforts pour changer de lit. Dès le lendemain, elle ressent des frissons, des douleurs, des crampes musculaires au niveau de la jambe gauche qui s'œdématie. La fièvre est modérée, le pouls assez rapide; immobilisation et application de sangsues. Le 4 janvier, œdème blanc et douloureux de la jambe droite, qui doit être également immobilisée; application de sangsues tous les 2 jours.

Au début de février, la fièvre est tombée, le poulx redevenu à la normale, l'œdème commence à se résorber.

Le 8 février : règles qui durent 3 jours, avec un peu de sensibilité dans la partie gauche du bas ventre, sans douleurs lombaires.

Le 15 février, premier lever.

Revue le 28 février, ne présente plus aucune douleur ni dans le bas ventre ni dans les lombes. L'examen génital n'est plus douloureux. Les pertes blanches ne sont pas modifiées.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur COSTANTINI)

S... Marie, 25 ans, jeune femme déjà entrée salle Bichat pour douleurs pelviennes sur lesquelles aucune indication ne pouvait être portée. Une laparotomie médiane fut faite qui montra :

1° des ovaires scléro-kystiques;

2° un appendice légèrement malade qu'on enlève.

On termine par une cautérisation des ovaires et par la résection des pédiculés utéro-ovariens.

Revient salle Bichat quelques mois après, les névralgies pelviennes n'ayant pas été améliorées par l'opération. Elle se plaint d'irradiations extrêmement pénibles dans les membres inférieurs.

Le 2 juillet 1927, laparotomie qui permet de constater l'absence d'adhérences dans le péritoine pelvien, la région appendiculo-caecale est libre. Des deux ovaires, le droit est volumineux, l'autre paraît normal. On fait la résection du nerf présacré suivant la technique de COTTE, ensuite de quoi on enlève l'ovaire droit avec sa trompe. Fermeture de la paroi en trois plans.

Revue plusieurs mois après par le professeur COSTANTINI, cette malade dit avoir cessé de souffrir complètement.

OBSERVATION VII

*Communiquée à la Société d'obstétrique et de gynécologie
d'Alger, le 11 février 1928*

par MM. COSTANTINI et SCHEBAT

La malade âgée de 27 ans, entre salle Bichat le 27 janvier 1927 pour douleurs abdominales marquées et pertes blanches abondantes.

Le début des accidents morbides remonte à 6 ans environ. A cette époque la malade fit une fausse couche spontanée qui nécessita un curettage; peu après elle présente des douleurs dans le bas ventre accompagnées de pertes blanches peu abondantes, d'autre part les règles étaient irrégulières. Elle fut à ce moment traitée par des cautérisations du col à l'iode; ce traitement l'améliora sensiblement.

Puis la malade accoucha deux fois normalement. Il y a trois ans environ, à la suite d'une paratyphoïde, la malade présente des douleurs marquées dans le bas ventre avec d'abondantes pertes blanches.

En octobre 1926, installation d'un ictère avec douleur de l'hypochondre droit qui nécessita une cholécystectomie.

Depuis, elle souffre continuellement; hospitalisée plusieurs fois salle Bichat, elle subit de nombreuses applications de Filhos pour ulcération du col.

Les douleurs deviennent de plus en plus marquées à la suite de « brûlures dans la matrice » empêchant tout travail et qui amènent à nouveau la malade pour nous demander de la secourir.

A son entrée on tente encore un traitement médical, on fait des applications répétées de nitrate d'argent Néo Filhos. La thérapeutique reste sans action. On essaye l'application de tiges de lamineires que l'on répète tous les deux jours (lamineires n° 8, 10, 14, 17) tout cela sans succès.

La malade continue de souffrir: ce sont des brûlures, des tiraillements au niveau des reins, de la pesanteur du périnée: tous ces signes s'accroissent encore à la marche sous l'influence d'efforts de mouvements; à tout cela s'ajoute des troubles menstruels, de la leucorrhée.

A l'examen gynécologique, le col est atrophié, la lèvre antérieure a complètement disparu, il reste un petit

bourgeon de lèvre postérieure ($\frac{1}{2}$ centimètre environ). L'orifice du col est perméable à une tige de laminaire n° 8. De plus le corps et le cul de sac sont douloureux.

Wassermann et Hecht: négatifs. Urée 0,17 dans le sang.

Ces phénomènes douloureux portant sur tout l'appareil génital, on se décide devant les échecs successifs du traitement médical, à faire une sympathectomie pelvienne.

Après laparotomie médiane, on fait d'abord la résection du nerf présacré, puis on dénude les deux artères iliaques primitives et l'on fait la résection du sympathique ou plutôt l'arrachement des filets sympathiques qui entourent les deux artères dénudées; on pratique la péritonisation aussi complète que possible. Enfin, on résèque des deux côtés le pédicule utéro-ovarien sur une étendue de 4 cm. ovariens.

Fermeture en trois plans sans drainage (22 février 1927). Suites opératoires excellentes; la malade quitte l'hôpital le 10 mars 1927.

Revue plus tard, la malade raconte que vers le 25 avril 1927, les règles réapparurent: cette fois-ci elle ne sont plus douloureuses.

En effet, depuis l'intervention, la malade va très bien, les douleurs ont complètement disparu. Plus de brûlures, plus de pertes blanches, les règles sont normales et non douloureuses; de plus la malade peut vaquer à ses occupations et se fatiguer, ce qu'elle ne pouvait faire depuis bien longtemps. Donc, plus de troubles ni physiques ni fonctionnels.

D'autre part examinée le 8 février 1928, la malade nous apprend qu'alors qu'elle n'avait pu être enceinte depuis bientôt 4 ans, elle présente un arrêt des règles depuis 3 mois.

A l'examen et au toucher, on se rend compte que la malade présente un utérus gravide de 3 mois $\frac{1}{2}$ environ. D'autre part le col de l'utérus est légèrement dur, sa lèvre antérieure est déchiquetée.

Le 9 juillet, elle entre à la salle de travail de la maternité, elle souffre déjà depuis 2 jours, mais à l'entrée le col est dilaté comme un franc. Elle accouche dans la soirée spontanément, d'un enfant très bien portant du poids de 4 kg. 400. Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION VIII

*(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI,
chirurgien des hôpitaux)*

Madame F..., 32 ans, mariée depuis 10 ans, n'a jamais eu d'enfant et souffre du ventre depuis sa puberté (17 ans): chaque époque menstruelle est chez elle la cause de douleurs si vives dans le bas ventre et dans les reins, qu'elles obligent la malade à se coucher pendant 24 heures. Les règles viennent d'ailleurs irrégulièrement et la malade accuse quelquefois 15 jours de retard. L'écoulement sanguin s'établit lentement. La durée des règles est de 4 à 5 jours en moyenne.

Après son mariage (22 ans) la malade a traversé une époque où ses règles étaient plus régulières et moins douloureuses. Mais depuis 3 ans les douleurs surviennent même en dehors des époques menstruelles.

Examen: au toucher col petit, conique, utérus en rétroversion, mobile, annexes non perceptibles, culs de sac souples; au spéculum pertes glaireuses claires. Hystérométrie facile: 6 $\frac{1}{2}$.

La malade a été soumise à toutes sortes de traitements médicaux (endocrinines, produits opothérapiques, hydrothérapie, etc... Elle a même suivi un traitement par la diathermie.

C'est dans ces conditions qu'elle vient nous consulter. Elle est disposée à une intervention chirurgicale, mais ne veut en aucune façon qu'on lui enlève ses organes génitaux. Nous lui proposons une hystéropexie pour remédier à la rétroversion utérine, bien qu'elle soit mobile, complétée par une résection du nerf présacré.

Opération le 2 février 1926. Ligamentopexie par le procédé de Doléris et résection du nerf présacré. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires immédiates: le lendemain écoulement sanglant par l'utérus, qui dure trois jours. La malade sort guérie de la clinique le 17 février.

Suites éloignées: Depuis son opération Madame F... a conservé de l'irrégularité dans ses règles. Elle n'est pas devenue enceinte malgré son vif désir, mais par contre elle ne souffre plus ni du ventre ni des lombes.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI)

Madame F... s. a été opérée en 1923 pour ovarite scléro-kystique, cause de dysménorrhées et de crises abdominales et lombaires douloureuses très violentes. L'opération a consisté en une salpingo-ovariotomie double sans ablation de l'utérus. Suites opératoires immédiates bonnes. Dans les mois qui suivent l'intervention, phénomènes de ménopause artificielle traités par les extraits ovariens. L'état général demeure relativement satisfaisant pendant 2 ans jusqu'en fin 1925.

A cette époque et presque mensuellement, comme s'il s'agissait de prodromes de règles, la malade éprouve des bouffées de chaleur, des migraines accompagnées de crises douloureuses abdominales et lombaires.

Ces crises s'accroissent, deviennent de plus en plus pénibles et augmentent de fréquence, à tel point que la malade se met d'abord à prendre des calmants puis des hypnotiques (dial) et enfin de la morphine, ce qui nécessite une cure de désintoxication.

Sous l'influence du repos, de l'hydrothérapie, les crises s'amendent et s'espacent. Mais en 1927 elles se reproduisent plus intenses et plus fréquentes que jamais.

Chaque crise se caractérise par des douleurs sus-pubiennes violentes irradiant dans les fosses iliaques et les lombes, avec ténésme vésical et parfois rectal. En même temps, les deux membres inférieurs sont le siège d'un engourdissement, de fourmillement, parfois d'œdème et de phénomènes vaso-moteurs (zones cutanées alternativement rouges et livides).

La malade est une nerveuse et son état fait hésiter longtemps sur le diagnostic exact, mais la répétition, l'aggravation des symptômes font qu'elle demande une intervention pour la soulager. Nous avons parlé devant elle de troubles endocriniens avec phénomènes sympathiques localisés dans le plaxus hypogastrique que nécessitent peut-être une intervention (sympathectomie périhypogastrique).

L'intervention, sur les instances de la malade et de son mari, a lieu le 10 mars 1927. Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un utérus atrophié, mais en bonne position et sans adhérences.

On fait une hystérectomie subtotale, mais comme nous

avons l'impression que cette ablation ne pourrait avoir raison des troubles constatés, nous terminons l'opération par la résection du nerf présacré.

Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Les suites opératoires immédiates sont normales. Depuis l'intervention, tous les troubles que présentait la malade ont disparu. La nervosité constatée n'existe plus. Mme F... jouit actuellement d'une santé excellente et a repris goût à la vie.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FERRARI)

Madame G..., 45 ans, est atteinte d'un fibrome utérin, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, qui n'a jamais déterminé chez elle d'autres troubles que des règles parfois prolongées pendant 12 à 15 jours, mais sans allure hémorragique. Cependant depuis un an, et bien que ses règles n'aient pas changé de caractère, la malade éprouve chaque mois des douleurs lombaires violentes avec ténésme vésical et rectal. Son médecin traitant pensant à des troubles de la ménopause, la soumet aux extraits ovariens et hypophysaires. Les troubles persistent. Nous sommes alors appelés auprès de la malade.

Examen : tumeur médiane sus-pubienne remontant à 5 travers de doigts au-dessous de la symphyse, non douloureuse. Le toucher montre qu'elle est constituée par l'utérus nettement augmenté de volume. Elle est dure, inégale sur la face antérieure où l'on sent quelques nodosités. Rien aux annexes. A l'examen au spéculum, pas de lésions infectieuses. Légères pertes glaireuses transparentes. Diagnostic : fibromyome utérin.

Comment expliquer les douleurs et les troubles signalés plus haut ? On pouvait penser à l'infection du fibrome ou à sa nécrobiose. Mais la malade ne présentait aucun signe d'infection, pas de température. La numération globulaire et la forme leucocytaire donnent : 7.800 globules blancs et 62 % de polynucléaires.

Comme il n'y a rien aux annexes, toute idée d'infection doit être écartée. La douleur pouvait encore s'expliquer par une compression exercée par la tumeur. Mais le médecin traitant de la malade qui la suit depuis plusieurs

années nous déclare que le fibrome est stationnaire comme volume depuis plus de 5 ans. De plus l'examen montre que la tumeur est mobile et ne présente d'adhérences en aucun point.

Nous nous demandons si les troubles accusés par la malade ne sont pas d'ordre sympathique ?

Quoiqu'il en soit notre avis est qu'il faut enlever le fibrome.

Opération le 15 janvier 1927. Anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale, hystérectomie subtotale. Un assistant ouvre devant nous la tumeur : macroscopiquement, il s'agit d'un fibromyome sans trace de nécrobiose. Rien dans la cavité utérine ; nous terminons l'opération par la résection du nerf présacré.

Les suites opératoires immédiates ont été parfaites. La malade a quitté la clinique 15 jours après. Depuis elle est en parfaite santé, elle n'a plus éprouvé aucun des troubles qu'elle présentait avant l'opération. Quelques troubles de ménopause artificielle ont été traités par les extraits d'ovaire ; ils ont disparu actuellement.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur COSTANTINI)

Femme indigène de 40 ans, entre salle Bichat le 8 novembre 1928 ; souffre depuis 15 ans de troubles urinaires : pollakiurie, ténésme vésical, urines purulentes. A subi il y a quelques mois une cystostomie, puis une néphrectomie du côté gauche, opérations qui n'ont amélioré que pendant quelques jours les douleurs. Elle se plaint actuellement de douleurs dans le bas-ventre avec irradiations dans les cuisses et dans les lombes ; au moment d'uriner elle ressent dans la région vésicale des douleurs terribles, qu'elle compare à la brûlure d'un fer rouge ; aucune influence des règles sur les douleurs.

Examen des urines : leucocytes altérés, présence de colibacilles et d'entérocoques, pas de bacille de Koch.

La cystoscopie ne montre pas de lésions bien caractéristiques. Urée sanguine 0,30.

On pratique des lavages de vessie au nitrate d'argent, les installations d'huile goménolée calment momentanément la malade. Cependant en décembre, les douleurs re-

prennent avec une intensité telle qu'elles privent la malade de repos. Elle se plaint constamment, empêchant ses voisines de reposer ; on doit pratiquer une injection quotidienne de morphine. Le 24 décembre on décide de faire une résection du nerf présacré.

Anesthésie générale : on découvre aisément le nerf présacré qui est réséqué. Puis on explore la région péri-cervico-vésicale. A droite elle est souple, à gauche il existe une masse qui remonte le long de l'uretère et qui paraît faire corps avec la vessie. On fait une hystérectomie pour se donner du jour, puis on fait le tour de cette masse qui paraît inflammatoire et peut être néoplasique. Il est impossible d'en prélever un fragment de crainte de perforer la vessie. De nombreux lacis veineux saignent. On pratique un tamponnement et on met un Mikulicz hémostatique. Fermeture en un seul plan.

Suites opératoires : La malade urine spontanément le lendemain, selle spontanée le 6^e jour.

Les douleurs restent intenses encore pendant quelques jours, puis elles diminuent progressivement d'intensité. En mars 1929, la malade est très améliorée, à peine ressent-elle quelques brûlures au moment des mictions.

OBSERVATION XII

(Thèse de FERÉY)

Madame Th..., 67 ans, entre à la clinique du Docteur PAGE, de St-Malo, le 10 avril 1926, pour un cancer inopérable du col de l'utérus. Depuis deux mois elle éprouve des douleurs atroces dans les grandes lèvres, dans la région sus-pubienne, dans la vessie au moment des mictions. Tout récemment, elle a présenté du ténésme rectal. Une cystoscopie montre un œdème bulleux du bas fond vésical avec saignement abondant. Pour calmer les douleurs on est obligé de lui faire cinq à six piqûres par jour de morphine de 1 centigramme chacune.

Intervention le 11 avril 1926. Après incision du péritoine pariétal postérieur, on trouve accolé à la lèvre gauche de l'incision péritonéale un cordon nerveux assez gros qui reçoit trois filets nerveux très minces, deux à droite et un à gauche, qui semblent naître de la gaine

périaortique et de l'iliaque primitive droite. On résèque le nerf et les filets nerveux afférents. Dans la profondeur, accolé à la face antérieure de la 5^e lombaire, on sent un autre petit filet nerveux rouler sur le doigt, on l'isole et on le résèque sur 1 cm. environ.

Evolution : Les douleurs ont entièrement disparu dès le lendemain sauf une légère cuisson au moment des mictions.

Depuis le 11 avril, nous avons revu la malade 2 fois en juillet et en août ; elle se trouve très satisfaite de l'intervention, elle n'a jamais plus souffert et elle n'a pas demandé une seule piqûre de morphine depuis. Cette malade est morte le 27 décembre 1926 à la suite d'hémorragies très abondantes survenues dans les dernières semaines. Cette analgésie a par conséquent persisté pendant 8 mois $\frac{1}{2}$.

OBSERVATION XIII

(Thèse de FERÉY)

Plaque d'athérome localisée à la bifurcation aortique

Madame D... Il s'agit d'une malade âgée de 76 ans, encore très alerte et en parfaite santé jusqu'au mois d'avril 1926. Depuis cette époque, elle souffre de cystalgies atroces et également de douleurs à la partie supérieure des grandes lèvres et au niveau de l'urètre ; on fait une cystoscopie et on ne trouve rien d'anormal. Le toucher vaginal, le toucher rectal ne décèlent aucune inflammation, aucune tumeur.

En août 1926, ces douleurs persistent et même s'exagèrent ; nous lui proposons la résection du nerf présacré. A ces cystalgies s'étaient ajoutées des douleurs rectales, atroces, surtout au moment de la défécation. Elle entre à la clinique du Docteur PAGE, de St-Malo.

Intervention le 20 août 1926 : On explore d'abord le petit bassin, la vessie, l'utérus, le rectum sont normaux. On récline les anses intestinales et l'on trouve une calcification de toute la partie inférieure de la bifurcation aortique.

Cette plaque calcaire, athéromateuse, à bords tranchants, épaisse d'environ 1 à 2 millimètres, ne pouvait être que

la cause de douleurs violentes éprouvées par la malade, les filets sympathiques formant le nerf présacré étaient englobés à ce niveau et comprimés. On coupe et l'on résèque le nerf présacré, formé par un tronc principal, deux autres filets adjacents et un peu postérieurs.

Les douleurs ont disparu instantanément et les deux premiers jours, la malade reste encore très craintive et appréhende avec terreur la première selle. On la purge le 24 août, trois selles abondantes, aucune douleur, la malade est transformée. Nous la quittons le 1^{er} septembre en excellent état.

En décembre, nous recevons de ses nouvelles, elle n'a plus jamais souffert, elle a engraisé de 3 kilogs, alors que d'avril à août elle avait perdu environ 9 kilogs.

En mars 1927, elle nous écrit qu'elle se porte parfaitement bien, qu'elle va régulièrement à la selle sans douleur et qu'il persiste seulement une certaine pollakiurie, mais non douloureuse.

Ce résultat date de sept mois ; il est d'autant plus intéressant qu'il n'a pas l'évolution fatale à bref délai des autres malades atteintes de cancer envahissant du col utérin.

CONCLUSIONS

I. — Le terme de nerf présacré prêtant à confusion, doit être rejeté. Cet élément nerveux est en effet toujours situé au-dessus du promontoire, au devant de la 5^e vertèbre lombaire. D'autre part, il se présente le plus souvent sous la forme d'un plexus à mailles plus ou moins lâches. Il vaut donc mieux le dénommer plexus hypogastrique supérieur ou plexus prélombaire.

II. — L'expérimentation et les constatations cliniques permettent d'assigner au moins un double rôle physiologique au plexus hypogastrique supérieur :

un rôle sensitif portant sur toute l'étendue de son territoire de distribution anatomique ;

un rôle vaso-moteur : celui-ci insuffisamment connu encore pour qu'il puisse servir de bases physiologiques à des interventions.

III. — Le plexus hypogastrique supérieur peut être le siège de lésions anatomiques dont l'action s'ajoute à celle des lésions des organes pour produire la douleur ; il semble que dans certains cas ces lésions du plexus soient la seule cause des algies.

IV. — La résection du plexus hypogastrique supérieur (opération de COTTE) est indiquée et donne

de bons résultats dans la dysménorrhée, la métrite douloureuse, les névralgies pelviennes.

Associée à des opérations conservatrices, elle met les malades à l'abri d'une récurrence des phénomènes douloureux et permet dans beaucoup de cas d'éviter la castration.

L'opération de COTTE est encore bienfaisante dans les syndromes d'hyperexcitation génitale, les cystalgies rebelles, les névralgies pelviennes consécutives à des cancers inopérables.

V. — L'opération de COTTE est d'une technique très simple. Elle n'influe en rien sur le fonctionnement normal de tous les organes du petit bassin. En particulier la menstruation, la grossesse, l'accouchement ne sont pas modifiés. Les quelques troubles urinaires signalés dans les suites opératoires ont toujours été passagers.

BIBLIOGRAPHIE

- AREVOLI. — La chirurgie du nerf présacré dans les algies pelviennes. *Revue Générale (La Riforma Médica, n° 28, 9 juillet 1929).*
- BARD. — Les bases physiologiques de la chirurgie du sympathique (*Lyon Chirurgical, mai, juin 1927).*
- BERGIER. — Contribution à l'étude du plexus hypogastrique chez la femme. (*Thèse de Lyon, 1919-20).*
- BERNARD et THEODORESCO. — La résection du nerf dit présacré (plexus hypogastrique supérieur d'Hovelacque). (*Journ. de Chirurgie, T. 31, mars 1928, p. 340).*
- BITTMANN. — Sur les douleurs lombaires et sur leur traitement par la sympathectomie périaortique. (*Lyon Chirurgical, Y, XXII, 1925, p. 757).*
- BONNEAU. — Technique de la résection du nerf présacré. (*Paris Chirurgical, n° 4, mai-juin 1927).*
- CASASESCU et GEORGESCU. — Opération de Cotte dans les néoplasmes pelviens inopérables. (*Révista di Chirurgie, Bucarest a. XX, n° 3, mars 1928).*
- CONDAMIN. — Disjonction du plexus hypogastrique d'avec l'utérus dans les douleurs lombo-sacrées. (*Soc. de Chir. de Lyon, 3 mars 1927, in Lyon Chirurg., n° 4, juillet-août 1927).*
- Congrès de Chirurgie de Paris (35°). — Les opérations dans les lésions des annexes.
- COTTE. — La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique (*Presse Médicale, n° 7, 24 janvier 1925).*
- COTTE. — Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique périartérielle ou la section du nerf présacré (*Lyon Médical, T. 135, n° 6, 8 février 1925).*

- COTTE. — Sur le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique (Lyon chirurgical, T. XVII, n° 2, mars-avril 1925, p. 173).
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme (Masson, éditeurs).
- COTTE. — La résection du nerf présacré (Presse Médicale, 12 décembre 1926).
- COTTE. — Résection du sympathique pelvien pour hydroporrhée rebelle (S. de Chir. de Lyon, 31 mars 1928).
- COTTE. — Traitement chirurgical des dysménorrhées rebelles (Journal Médical Français, décembre 1928).
- COTTE et DECHAUME. — Technique des indications opératoires des interventions sur le sympathique pelvien (sympathectomie péri-artérielle hypogastrique, section du nerf présacré) en gynécologie (J. de Chirurgie, T. 25, juin 1925, p. 653).
- COTTE et NOEL. — Sur la constitution histologique du nerf présacré (S. de Chirurgie de Lyon, 20 janvier 1927, in, Lyon Chirurgical 1927).
- CRAINICIANU. — Traitement chirurgical des algies pelviennes en gynécologie (Presse Médicale, 26 mars 1928).
- DELMAS et LAUX. — Constitution, forme et rapport du nerf présacré (C. R. de l'Assoc. des Anatomistes, 22^e Réunion, Londres, Avril 1927).
- DUPONT. — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique (Thèse de Paris, 1909).
- DUPONT et LHERMITE. — Note sur l'histologie des nerfs de l'ovaire en particulier dans l'ovarite scléro-kystique (Académie de Médecine, mai 1926).
- DUPONT et LHERMITE. — Enervation de l'ovaire (Société d'Obstétrique et Gynécologie, 13 décembre 1926).
- FEREY. — Nouvelles indications de la résection du nerf présacré (Presse Médicale, n° 15, 19 février 1927).

FEREY. — De la résection du plexus hypogastrique supérieur (nerf présacré) dans les affections douloureuses du petit bassin (Thèse de Paris, 1927).

FORGUE. — La douleur des viscères (Gazette des Hôpitaux, n° 89 et 91, 1926).

GEORGESCU. — Résection du nerf présacré dans le cancer utérin (Spitalul, Bucarest, n° 46, janvier 1926).

GOULLEOUD. — Sur la section du nerf présacré (S. de Chirurg. de Lyon, 2 décembre 1926).

HALLOPEAU. — Névralgie génitale à forme grave, guérison par la résection du plexus hypogastrique (B. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris, 1922).

HAMANT. — Les résections du sympathique pelvien (Réunion Obst. et Gyn. de Nancy, 20 janvier 1926, in, B. de la S. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1926).

HIRSCHFELD. — Neurologie descriptive et iconographique du système nerveux (Paris, 1866).

HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système grand sympathique.

JABOULAY. — Le traitement de la névralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré (Lyon Médical, janvier 1899).

JIANU. — Sur l'extirpation des plexus lombo-aortiques et hypogastriques dans les névralgies du cancer utérin inopérable (Revista de Chirurgie, n° 6, juin 1928).

JIANU. — Note sur l'extirpation plexus nerveux lombo-aortique et hypogastrique supérieurs dans les névralgies du cancer utérin (Revue Franç. de Gynécologie et d'Obstétrique, septembre 1928, p. 518).

LAINEL-LAVASTINE. — Introduction à l'étude du sympathique en gynécologie (La Gynécologie, novembre 1924).

LAINEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique (1 vol. 1924, Alcan, édit.).

LATARGET et BONNET. — Le plexus hypogastrique chez l'homme (Lyon Chirurgical, 1^{er} juin 1913).

LATARGET et ROCHET. — De l'intérêt chirurgical du ganglion hypogastrique et des nerfs de l'utérus (S. de Chirur. de Lyon, 2 février 1922, in, Lyon Chirurgical, T. XIX, n° 5, septembre-octobre 1922, p. 563).

LATARGET et ROCHET. — Le plexus hypogastrique chez la femme (Gynécologie, Obstétrique, 1922).

LAUX. — Contribution à l'étude anatomique du sympathique pelvien, déductions chirurgicales (Thèse de Montpellier, 1927).

LEGRAND. — Quelques précisions d'ordre anatomique et chirurgical sur le plexus hypogastrique supérieur (La Normandie Médicale, octobre 1927).

LERICHE. — Kraurosis vulvae et sympathectomie hypogastrique (Lyon Chirur., 1921).

LERICHE. — Myélotomie transversale pour névralgie pelvienne symptomatique d'un cancer inopérable (Lyon Chirurgical, 1922).

LERICHE. — Sympathectomie hypogastrique dans le cancer utérin inopérable (S. de Chirur. de Lyon, 2 avril 1925, in, Lyon Chirurgical, n° 5, septembre-octobre 1925, p. 700).

LERICHE. — Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastriques et ovariennes en gynécologie (Presse Médicale, n° 29, 11 avril 1925, p. 466).

LERICHE et FONTAINE. — De l'influence des opérations sympathiques sur la leucocytose (Presse Médicale, 4 septembre 1926).

LERICHE et STRICKER. — Recherches expérimentales sur le nerf présacré (B. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, n° 20, 18 juin 1927).

LUQUE. — Le plexus hypogastrique supérieur indications et valeur de sa résection dans les névralgies pelviennes (Thèse de Paris, 1928, p. 134).

MICHON. — Dix observations d'opérations sur le sympathique pelvien chez la femme (Lyon Chirurgical, T. XXIII, n° 4, 1926).

MORNARD. — Communication à la Société des Chirur-
giens de Paris (16 novembre 1928).

PETIT-DUTAILLIS. — Aperçu 'pratique des dysménor-
rhées et leur traitement (La Gynécologie, février 1914).

PETIT-DUTAILLIS. — Le facteur sympathique dans les
troubles purement fonctionnels en gynécologie (La
Gynécologie, décembre 1924).

PROUST, MAURER et MILLET. — Résection du nerf pré-
sacré (Pressé Médicale, 1926).

RICHELOT. — Sur le traitement des névralgies pelviennes
(Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Pa-
ris, 1892).

ROCHET et LATARGET. — Etudes sur les voies d'abord
du plexus hypogastrique et de son ganglion (Lyon
Chirurgical, T. X, novembre et décembre 1913, 425-
548).

ROPHILE. — Sympathectomie pelvienne, contribution à
sa technique (La Semaine Médicale (Buenos-Aires), n°
27, juillet 1926).

ROPHILE. — Anatomie topographique du sympathique
pelvien (La Semaine Médicale (Buenos-Aires), T. 32,
n° 16, juillet 1925).

ROUSSEL. — Contribution à l'étude du sympathique pel-
vien. Topographie chirurgicale du nert dit présacré
(Thèse de Paris, 1926, p. 330).

SEGOND. — Innervation des organes génitaux de la fem-
me, déductions chirurgicales (1 vol., Paris, 1926, Doin,
édit.).

VIANNEY. — Un cas de cystalgie guéri par la résection
du nerf présacré (27^e Congrès Français d'Urologie, 1927).

VILLARDL. — Les algies pelviennse et les interventions
sur le sympathique (S. de Chir. de Lyon, 9 décembre
1926, in, Lyon Chirur., T. 24, 1927, n°2, p. 218).

WALTHER. — Quelques cas de résection du nerf présacré
technique et résultats (XXXVI^e Congrès de Chirurgie
de Paris, octobre 1927).



Table des Matières

	Pages.
INTRODUCTION	11
TOPOGRAPHIE CHIRURGICALE.....	15
PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE.....	19
INDICATIONS OPÉRATOIRES.....	25
TECHNIQUE OPÉRATOIRE.....	29
SUITES OPÉRATOIRES IMMÉDIATES.....	33
SUITES ÉLOIGNÉES.....	35
OBSERVATIONS	37
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

Vu :

Le Président de Thèse,

LAFFONT.

Vu :

Le Doyen,

ARDIN-DELTEIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 16 avril 1929.

Le Recteur de l'Académie d'Alger,

TAILLART.

